

健康保険 被扶養者（異動）届

枠内を記入してください（選択個所は○で囲む）。書き損じは訂正印にて訂正ください。

常務理事	事務長	事務次長	担当

保険証 記号 - 番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額
1 -	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女	年 月 日	千円
被保険者住所						携帯 TEL
〒						

区分	被扶養者の氏名		続柄	生年月日	年齢	性別	収入	扶養開始/削除日	扶養開始/削除の理由	居住
追加 ・ 削除	(フリガナ)	(名)	子・妻・夫・父・母 その他()	昭和・平成・令和		男 ・ 女	あり ・ なし	令和	被保険者の取得・出生 婚姻・離婚・就職・退職 収入の減少・その他	同居 ・ 別居
	(氏)			年 月 日				年 月 日		
	(別居の場合)住所						備考			
	〒						認定 / 削除 年 月 日			
追加 ・ 削除	(フリガナ)	(名)	子・妻・夫・父・母 その他()	昭和・平成・令和		男 ・ 女	あり ・ なし	令和	被保険者の取得・出生 婚姻・離婚・就職・退職 収入の減少・その他	同居 ・ 別居
	(氏)			年 月 日				年 月 日		
	(別居の場合)住所						備考			
	〒						認定 / 削除 年 月 日			
追加 ・ 削除	(フリガナ)	(名)	子・妻・夫・父・母 その他()	昭和・平成・令和		男 ・ 女	あり ・ なし	令和	被保険者の取得・出生 婚姻・離婚・就職・退職 収入の減少・その他	同居 ・ 別居
	(氏)			年 月 日				年 月 日		
	(別居の場合)住所						備考			
	〒						認定 / 削除 年 月 日			

■上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。

受付印

事業主	上記の通り相違ありません。 提出日： 年 月 日	提出代行者 印	印

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合